

(フリガナ)

氏名 _____ 生年月日 M T S H R 年 月 日 年齢 _____

職業: デスクワーク・営業・立ち仕事・重労働・その他(_____)
 〒 _____

住所: _____ 電話: _____ - _____ - _____

1. どこが具合悪いですか。痛い所・しびれ・はれている所に印をつけてください。
 (痛いところには × しびれる所には △ はれている所には □)

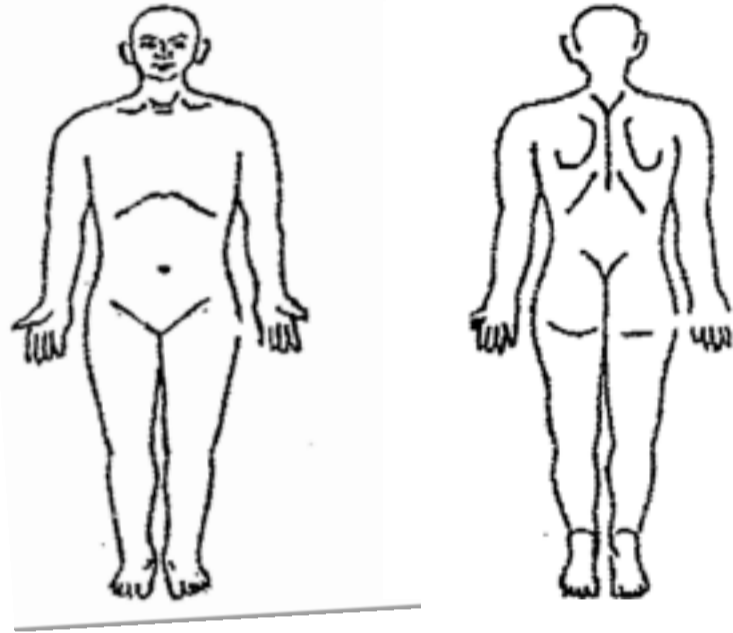
・次の症状があれば○をしてください

首が痛い・腰が痛い・肩がこる

手がしびれる・足がしびれる

頭痛・吐き気

・その他具体的な症状をお書きください



2. 交通事故日 平成 年 月 日
3. 警察への事故報告はしてありますか？ (はい・報告しない・これからする)
4. 事故後他院は受診していますか？ (はい・いいえ)
 (前医初診日 平成 年 月 日 最終受診日 平成 年 月 日)
5. 警察へ提出する診断書は必要ですか？ (はい・いいえ)
6. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (ある・なし)
 あると答えた方: 薬品名(_____)食べ物(_____)
7. 今まで大きい病気や手術をしたことがありますか？ (ある・なし)
 あると答えた方 → (_____)
8. 体内に金属類が留置されていますか？ (ある・なし)
 あると答えた方 → (ペースメーカー・人工関節・人工弁・クリップ類・その他 _____)
9. 現在、治療中の病気がありますか？ (はい・いいえ)
 病名: 高血圧・高脂血症・糖尿病・気管支喘息・骨粗鬆症
 その他(_____)
10. 現在、内服中の薬はありますか？ (はい・いいえ・お薬手帳を持参している)
 はいと答えた方: 薬品名(_____)
11. お仕事をされている方のみお答えください
 事故後仕事を(続けている・休んでいる・部分的にしている・相談したい)
12. 女性の方のみお答えください
 妊娠中ですか？ (はい < 月 >・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)
 → 医師、看護師へ必ず申し出てください。